FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 1963 *No 26*

THESE

PRESENTEE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

MULLER Anne-Marie

Née à BRUMATH (Bas-Rhin)

le 11 janvier 1932

INDICATIONS ET RÉSULTATS DE LA COLECTOMIE SEGMENTAIRE DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES FORMES DE DOLICHOCOLONS NON COMPLIQUÉS DE L'ADULTE

A propos de 10 observations

Président: Mr A. G. WEISS, Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 1963 *No 26*

THESE

PRESENTEE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

MULLER Anne-Marie

Née à BRUMATH (Bas-Rhin)

le 11 janvier 1932

INDICATIONS ET RÉSULTATS DE LA COLECTOMIE SEGMENTAIRE DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES FORMES DE DOLICHOCÔLONS NON COMPLIQUÉS DE L'ADULTE

A propos de 10 observations

Président: Mr A. G. WEISS, Professeur

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

	MM.
Doyen	FONTAINE
Doyen honoraire	CALLOT
Assesseur	CALLOT

- PROFESSEURS TITULAIRES -

Anatomie	MEYER
Anatomie Pathologique	N...
Biologie Médicale	KLEIN
Chimie Biologique	MANDEL
Embryologie	CLAVERT
Histologie	ARON M.
Histologie	ARON Cl.
Hématologie	WAITZ
Hygiène et Bactériologie	TULASNE
Médecine Légale et Médecine Sociale	CHAUMONT
Parasitologie et Médecine Tropicale	CALLOT
Pharmacologie et Médecine Expérimentale	SCHMID
Physiologie	KAYSER
Physiologie Appliquée	METZ
Physique Biologique	CHEVALLIER
Clinique Chirurgicale A	FONTAINE
Clinique Chirurgicale B	WEISS
Clinique Médicale A	WARTER
Clinique Médicale B	STAHL
Clinique Dermatologique	WORINGER
Clinique de Pédiatrie et Puériculture	SACREZ
Clinique Neurologique	THIEBAUT
Pathologie Nerveuse et Electroencéphalographie	ROHMER
Clinique Gynécologique et d'Accouchement	BURGER
Clinique Ophtalmologique	NORDMANN
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	GREINER
Chaire de Clinique de Pneumo-Phtisiologie	OUDET
Clinique Psychiatrique	KAMMERER
Pathologie Chirurgicale	JUNG
Chaire de Thérapeutique	METZGER
Chaire d'Electro-Radiologie	GROS
Pathologie Expérimentale	STEPHAN
Stomatologie	VEDRINE
Hydrologie	N...

- PROFESSEURS SANS CHAIRE -

Physiologie	MARX
Anatomie	WINCKLER
Anatomie Pathologique	LE GAL
Hygiène et Bactériologie	KINCK
Histologie	MARESCAUX
Hématologie	MAYER G.
Biologie Médicale	KARLI
Anatomie Pathologique	BATZENSCHLAGER
Anatomie Normale	KORITKE
Chimie Biologique	WEILL J.D.

- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES -

MM. APROSIO
BATZENSCHLAGER
CHAMBON
CHAMBRON
ISCH
KARLI
KIRN
KORITKE
LAVILLAUREIX
SCHAFF
SCHNEEGANS
WARTER P.
WEILL J.D.

- A G R E G E S -

MM. BOCKEL
BOLLACK
BRONNER
BURGHARD
CHAMPY
DORNER
FRANK
FINCKER
GANDAR
GRENIER
HOLLENDER
ISRAEL
JAHN
JUIF
KIENY
KLOTZ
LEVY J.M.
MANTZ
MARCOUX
MEHL
MULLER J.N.
MULLER P.
SCHWARTZ
WEILL J.P.
WITZ
SIBILLY

- AGREGES LIBRES -

MM. BUCK, FORSTER, KUHLMANN D., KUNTZMANN, VOEGTLIN, BEYER.

- DIRECTEUR DE L'INSTITUT DENTAIRE -

M. VEDRINE

- CHARGES D'UN COURS D'ENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE -

MM. MEHL J., TISSIER, MUGLER A., SINGER, MATHIS, Mme MAYER S., MOISE.

- PROFESSEURS HONORAIRES -

MM. BARRE
BENOIT
HANNS
REDSLOB
ROHMER
ROEDERER
VAUCHER
VINTEMBERGER

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ni les approuver, ni les improuver.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes confrères si j'y manque.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552711_0027

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A.G. WEISS

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Strasbourg,

Directeur de la Clinique Chirurgicale B,

Membre de l'Académie de Chirurgie,

Membre de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'Honneur.

Nous sommes particulièrement sensible à l'honneur qu'il nous fait en présidant notre Jury de Thèse. Nous nous permettons de lui dire, en même temps que notre respectueuse gratitude, notre vive admiration.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE L. HOLLENDER

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et a bien voulu mettre ses observations à notre disposition.

Ses conseils ont été pour nous d'un précieux secours, et toute notre reconnaissance lui est acquise.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE J.P. WEILL.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE P. BOCKEL

qui ont bien voulu s'intéresser à notre travail et nous faire l'honneur de nous juger.

Nous leur exprimons nos remerciements.

I - INTRODUCTION -

L'allongement anormal du côlon ou dolichocôlon est une malformation relativement courante.

C'est à LARDENNOIS et AUBOURG que nous devons le terme de dolichocôlon qui signifie allongement démesuré d'une ou de plusieurs portions du gros intestin. Cet allongement ne s'accompagne d'aucune modification anatomique, ni d'une augmentation de calibre; il provoque uniquement des flexuosités et des coudures anormales d'une partie du gros intestin.

A partir de quel moment peut-on parler de dolichocôlon? La longueur du côlon normal et de ses diverses portions est, comme l'on sait, très différente. Suivant les auteurs, elle varie de 1 m,5o à 2 m,5o. Aussi, en pratique, nous estimons que l'on est autorisé de parler de dolichocôlon à partir du moment seulement où l'on est en présence d'un segment colique dont la longueur est au moins le double de celle que l'on rencontre normalement.

Souvent découvert fortuitement au cours d'un examen radiologique, plus fréquent chez certains sujets et dans certaines régions, le dolichocôlon correspond à un syndrome clinique bien défini.

Dans ce travail, nous nous proposons d'étudier tout d'abord la symptomatologie du dolichocôlon de l'adulte, les éléments de son diagnostic, puis nous exposerons en détail 10 observations de résection colique segmentaire pratiquée par le Professeur Agrégé Louis HOLLENDER, dans le service de son Maître Monsieur le Professeur A.G. WEISS, après avoir soumis ces 10 observations à une critique ob-

jective, nous tenterons de préciser quels sont les cas qui relèvent d'une exérèse chirurgicale, et les résultats que l'on peut escompter d'une telle thérapeutique.

II - ETIOLOGIE -

Le dolichocôlon semble nettement plus fréquent chez certaines races.

On le rencontre le plus souvent dans la race slave, parmi laquelle on compte 20 % de sujets porteurs d'un dolichocôlon. Ensuite on le voit chez les Nords-Africains, les Indiens, les Noirs américains.

D'après les statistiques les plus dignes de foi, dans 30 % des cas le colichocôlon est complet, dans 60 % il s'agit d'un dolichocôlon gauche, et dans 10 % il s'agit d'un dolichocôlon droit. Le dolicosigmoïde est le plus fréquent. Le dolicho-transverse affecte souvent une forme en V ou en W. Le dolichocôlon caecal réalise un cas particulier.

La fréquence par rapport au sexe est évaluée très différemment selon les auteurs qui ont travaillé la question. Pour les uns, l'homme est le plus souvent atteint, pour les autres ce serait la femme; en fait, il semble que la fréquence soit égale dans les deux sexes.

Le dolichocôlon familial existe, mais il est très rare (BENSAUDE - CHIRAY). Certains types morphologiques semblent prédisposés à présenter cette malformation colique, en particulier le type asthénique avec relâchement de la paroi abdominale, ptose viscérale, caecum atonique, et transverse très long avec tendance à la ptose.

Les manifestations cliniques sont en général tardives; elles apparaissent aux environs de la 3ème décade, contrairement à la Maladie de HIRSCHSPRUNG dont les symptômes sont beaucoup plus précoces. Signalons cependant

qu'on a constaté des dolichocôlons chez des sujets très jeunes (3 ans) et très âgés (72 ans).

III - PATHOGENIE -

La pathogénie de ce syndrome reste encore imprécise et jusqu'à présent, de nombreuses théories se sont affrontées pour l'expliquer.

S'agit-il d'une affection congénitale ou est-elle acquise?

Chez l'enfant, le côlon est proportionnellement plus long que chez l'adulte; sa longueur diminue avec la croissance. Pour Raoul BENSAUDE, le dolichocôlon, traduisant la persistance chez l'adulte d'un état normal chez le nourrisson, est un signe d'infantilisme. Et pourquoi cette persistance? Troubles de la vie intra-utérine, malformation aboutissant à une anomalie de rotation, de descente, de fixation et d'accolement des mésos?

Il est certain que la longueur du côlon varie avec la taille des individus. D'autre part, le début du dolichocôlon se fait en général chez l'adulte après 30 ans.

Nous trouvons-nous devant une affection acquise?

Là encore, plusieurs théories peuvent être admises.

Le dolichocôlon est-il le résultat d'inflammations chroniques, de stase intestinale, d'abus de laxatifs ou de constipation chronique? Ou est-il dû à une hypertonie sympathique? Il est connu que dans certains cas, on a vu disparaître un dolichocôlon après des infiltrations splanchniques.

BARADUC considérait que le dolichocôlon était une maladie évolutive qui pouvait s'aggraver du fait d'une déficience du tonus colique.

Ou serait-il dû à des troubles neuro-endocriniens, affections médullaires ou cérébrales, syndromes hypophysaires ou thyroïdiens? CRISHER constate sur 127 cas de dolichocôlons observés en 6 ans, 18 cas d'hypothyroïdie avérée, c'est-à-dire 14,2 %. L'extrait thyroïdien à fortes doses est non seulement bien toléré, mais sur le plan local, on a pu obtenir grâce à lui des réductions spectaculaires de la longueur du côlon.

CARNOT signale le dilichocôlon lors d'avitaminose B, et BOLLER, de Budapest, a noté au cours d'affections infectieuses 58 cas de dolichocôlons qui ont disparu après la maladie.

En résumé, le dolichocôlon est à considérer comme une malformation congénitale, qui est aggravée par un trouble du transit, lequel peut dépendre de facteurs extrinsèques, hépatiques, ou glandulaires.

VI - ETUDE CLINIQUE DU DOLICHOCOLON CHEZ L'ADULTE.

Constipation, aérocolie, crises abdominales douloureuses, voici les 3 symptômes du dolichocôlon tels qu'ils ont été décrits par CHIRAY.

a) La constipation. -

Premier symptôme de cette triade, marque souvent le début; elle augmente progressivement et est intermittente; elle a des caractères spéciaux au dolichocôlon que nous analyserons à présent.

La constipation en général fait très tôt son apparition. Dès le premier âge, on note des périodes sans selles qui vont de 4 à 8 jours. Cette constipation tenace et opiniâtre s'accentue avec l'âge; toutefois, chez l'adulte, on assiste au début de la maladie à une parfaite tolérance et le patient ne souffre nullement, de cette absence de selles pendant parfois plus d'une semaine. Il est établi que les crises de subocclusion douloureuse n'apparaissent presque toujours que tardivement.

En général, les laxatifs et purgatifs n'apportent qu'une amélioration passagère. Le malade s'habitue rapidement à ce genre de médication, seuls les lavements répétés peuvent lui procurer un soulagement. La bonne tolérance de ces lavements abondants est un signe particulier de cette affection. Toutefois on a signalé des améliorations passagères après de grands voyages, et on attribue ce fait aux secousses ressenties durant ces déplacements. Rarement le tableau clinique est complet, souvent on est en présence de faits isolés qui pourtant font penser au dolichocôlon. Ainsi il peut y avoir absence de toute constipation, et le

dolichocôlon ne se révèlera que par un accident mécanique tel qu'un volvulus, ou encore la constipation ne se manifestera que lors des crises douloureuses.

b) L'aérocolie.

Deuxième symptôme de la triade, se manifeste par un ballonnement important avec météorisme correspondant aux périodes de constipation opiniâtre.

A l'examen, on met en évidence une inégalité de l'abdomen avec voussure plus ou moins importante, suivant le degré de rétention gazeuse. La palpation révèle un abdomen souple, il y a tout au plus une sensation de résistance élastique. La percussion permet de localiser des anses distendues, surtout au niveau des segments en amont de l'anomalie colique. L'origine de cette aérocolie, d'après LARDENOIS et AUBOURG, est due à une aérophagie; d'après CHIRAY, à une rétention de gaz normaux.

c) Les crises abdominales douloureuses.

Elles sont d'allures variables. Quelquefois il s'agit de crises douloureuses irrégulières, peu intenses, localisées ou généralisées, sans caractères paroxystiques, d'autre fois il s'agit de douleurs irradiées, exacerbées par certaines positions. Enfin, elles peuvent se présenter sous forme d'une barre douloureuse, avec un point douloureux plus aigü au cours des accès de constipation. En dehors de ces manifestations douloureuses que nous venons de voir, il peut y avoir de vraies crises subocclusives caractérisées par leur début brutal, des nausées, des coliques avec sensation de torsion et même perte de connaissance. Ces crises qui apparaissent sans horaire fixe, présentent des paroxys-

mes, de véritables crampes abdominales. Malgré cela, l'état général reste excellent, le pouls n'est pas accéléré et reste bien frappé, il n'y a pas de fièvre; seuls la position antalgique qu'adopte le malade, le ballonnement abdominal, l'arrêt des matières et des gaz et la douleur à la palpation témoignent du drame qui se joue au niveau de ce segment colique. La résolution de la crise se marque par le passage de quelques gaz, rapidement les douleurs diminuent, le ventre s'affaisse, et souvent il suit une émission de selles. Ces crises, qui sont de durée plus ou moins longues, sont également d'intensité variable; elles peuvent, en effet, être très douloureuses et prolongées, s'accompagnant alors d'un faciès altéré avec teint plombé, de ballonnements très intenses, d'arrêt des matières et des gaz, d'un pouls petit et filant, avec des ondes péristaltiques, qui font admettre ces malades au service de chirurgie pour abdomen aigü, et qui cèdent au lavement et se terminent par une véritable débâcle de selles fétides.

La répétition des crises est également très variable; parfois, il peut y avoir succession de plusieurs crises au cours d'une même semaine, d'autre fois, elles ne se suivent qu'après plusieurs mois ou années d'intervalle.

Ces trois signes peuvent coexiter et représentent la forme de dolichocôlon douloureux avec aérocolite; c'est la forme la plus banale et aussi la plus fréquente.

Suivant l'association ou la prédominance des différents symptômes, on décrit un certain nombre de formes cliniques que nous résumons birèvement :

- forme colitique : ce sont des débâcles sur un fond de constipation, avec un transit accéléré qui s'accompagne d'une baisse de l'état général;

- forme dyspptique;
- forme hépato-vésiculaire avec subictère, point vésiculaire douloureux et colite;
- forme entéro-rénale, associée à une pyélonéphrite;
- forme fébrile; elle est rare;
- forme hémorragique et anémique;
- forme avec prédominance de signes généraux et troubles nerveux;
- forme pseudo-tumorale;
- forme avec signes de rectite;
- forme associée à un ulcère gastro-duodénal, très fréquente pour SEROR. La colectomie constitue chez ces malades l'acte essentiel, pouvant, de par elle-même, entraîner la guérison des manifestations gastro-duodénales.

V - LES COMPLICATIONS DU DOLICHOCOLON.

A leur origine, il faut retenir des causes mécaniques et des causes inflammatoires.

a) Le volvulus.

C'est la complication la plus fréquente et la plus grave. Il faut, pour qu'il puisse se produire, une anse très longue. Il est surtout fréquent dans les pays slaves et balkaniques. Par ordre de fréquence, on rencotre le volvulus du côlon pelvien, du caecum, et celui du transverse, ce dernier étant exceptionnel.

Nous évoquons en premier lieu le volvulus du côlon pelvien.

Il survient en général chez un malade dans l'interrogatoire duquel nous retrouvons une constipation habituelle et quelquefois des crises antérieures d'occlusion intestinale qui se sont amendées spontanément.

Le début peut survenir après une période de malaises prodromiques, ou brutalement, le malade accuse une douleur vive, sans localisation précise. Cette crise douloureuse peut survenir après un effort, après une selle ou, le plus souvent, sans cause aucune. L'arrêt des matières et des gaz est d'emblée complet. A cette période de début, les signes généraux sont encore absents : pas de fièvre, le pouls est normal, et surtout il n'y a aucun vomissement. A l'inspection, on constate un abdomen surdistendu, visiblement asymétrique; le ventre est déformé obliquement " à grand diamètre dirigé de l'hypocondre gauche à la fosse iliaque droite et à grosse extrémité à droite et en bas " (MONDOR). Von WAHL

décrit un ventre asymétrique, immobile, inerte, sans mouvements péristaltiques, rénitent au palper. Certains auteurs cependant ontdécrit des ondes péristaltiques passagères qui peuvent induire en erreur. A l'auscultation de ce ventre surdistendu, on trouve le classique symptôme de KYWULL (percussion avec un bâtonnet en bois donnant à l'auscultation une résonnance métallique).

L'évolution se fait très rapidement, quelquefois en moins de 48 heures, vers le tableau d'occlusion grave. L'état général s'altère très rapidement, le faciès devient péritonéal, le pouls grimpe à 15o, et le ventre présente toujours le même aspect surdistendu et douloureux.

Dès les premières heures de l'occlusion, l'hémoconcentration est classique. Après 24 heures, l'hypertonie plasmatique est importante, la déshydratation marquée; le chlore cependant normal et peut même être augmenté. C'est seulement après 48 heures, lorsque les vomissements surviennent, que l'on constate une hypotonie plasmatique, le chlore normal du début s'est abaissé. L'évolution se fait vers la déshydratation intense, l'oligurie, l'hyperazotémie, l'hypotension et le choc. A la radiographie sans préparation, on trouve une anse claire énorme, à grand axe vertical, à pied pelvien, avec une cloison médiane généralement bien visible. Le sommet de cette anse peut présenter un niveau liquide, situé quelquefois dans la fosse iliaque droite.

Le diagnostic ne fait plus de doute. Mais suivant la prédominance d'un symptôme, on distingue une forme :

- douloureuse,
- occlusive,
- chronique qui évolue très lentement, le volvulus ne se complétant qu'après plusieurs semaines.

Le volvulus du caecum.

Autre forme que nous voudrions signaler, plus rare. Généralement, on se trouve devant un tableau identique à celui du volvulus pelvien; les vomissements sont cependant plus précoces et plus abondants. Le météorisme est surtout localisé dans la zone péri-ombilicale droite. L'examen radiologique est capital et donne une image caractéristique: il s'agit d'une grande image gazeuse à grand axe vertical déplacé du côté gauche.

b) Les adhérences et la péricolite plastique.

Les adhérences intéressent souvent le côlon droit, mais sont cependant assez rares. Elles provoquent une douleur fixe, surtout après la défécation, et résistent à toute thérapeutique médicale.

Le diagnostic d'appendicite est souvent posé, mais l'appendicectomie n'améliore pas ces troubles. La recherche d'adhérences à la radiographie est courante. On observe des images typiques de fixation, qui sont particulièrement mises en évidence si on utilise la technique du pneumo-péritoine. L'aspect radiologique est alors tout à fait caractéristique avec le liseré plus épais qui entoure les anses.

Le dolichocôlon favorise la production d'infections pariétales et péritonéales dues à la stase et au ralentissement du transit.

La mésosigmoïdite rétractile, rare, est longtemps latente; elle finit, en attirant 2 anses, par tordre le segment intestinal atteint de dolichocôlon et va réaliser un volvulus ou une simple gêne à l'évacuation, d'où suivra une dilatation intestinale qui transformera le dolichocôlon en mégadolichocôlon.

c) Les périsigmoïdites aiguës.

Nous nous trouvons devant un tableau d'inflammation aiguë du sigmoïde avec, déjà, une réaction péritonéale, avec douleurs d'abord localisées, mais qui s'étend rapidement à tout l'abdomen. La défense musculaire surtout au niveau de la fosse iliaque gauche peut être plus ou moins importante. La fièvre, très élevée, fait suite à une longue période subfébrile avec quelques douleurs abdominales. Le malade est prostré, l'état général atteint; il s'y ajoute une diarrhée très abondante, fétide, une tachycardie, une langue sèche et une leucocytose élevée. L'évolution se fait vers l'abcédation qui s'ouvre soit vers la paroi, soit vers le péritoine libre, soit en provoquant des crises occlusives.

d) Complications vasculaires.

Ce sont surtout de petites hémorragies intestinales après les crises douloureuses et qui se traduisent par la présence de sang dans les selles. La cause de ces hémorragies seraient les coudures et torsions des vaisseaux qui se produisent au niveau des mésos, l'irritation qui provoque une thrombose ou rupture de capillaires. On a pu signaler de véritables hémorragies massives (Melle VIDAL : entorragie avec dolichocôlon), mais en général, il s'agit de petites hémorragies avec présence de moéléna.

e) Invagination sigmoïdo-sigmoïdienne.

C'est une complication rarissime, signalée par CARNOT. La symptomatologie est atypique, rien ne permet de suspecter l'invagination. Il s'agit le plus souvent d'un diagnostic chirurgical d'autopsie.

VI - LE DIAGNOSTIC DU DOLICHOCOLON.

Le diagnostic de présomption :

Il peut être fait d'après la triade symptomatique de CHIRAY :

- constipation,
- aérocolie,
- crises abdominales douloureuses.

Le diagnostic de certitude :

se fait essentiellement par l'examen radiologique. SILROR en a précisé l'importance et aussi sa technique toute spéciale. L'examen radiologique, pour être valable, doit être fait dans des conditions bien précises. Une bonne préparation du malade permettant une évacuation des matières et des gaz du gros intestin est indispensable.

L'abdomen à vide montre une répartition des gaz intestinaux particulière : l'estomac est soulevé, les gaz ont tendance à s'accumuler à la partie supérieure et médiane de l'abdomen et surtout dans l'hypocondre gauche.

Le lavement baryté permet le diagnostic de certitude. Pour obtenir le maximum de renseignements lors d'un lavement baryté, il faut employer une baryte à concentration faible; elle donne une meilleure transparence, tiède, à pression constante et volume déterminé. Les clichés doivent être pris de face, en oblique, surtout pour le sigmoïde en oblique postérieure, transverse et axiale. Diverses positions doivent être données au patient : osthostatique, décubitus latéral, Trendelenburg. Il faut alors apprécier la réplétion et l'évacuation du gros intestin, permettant de se

faire une idée de la tonicité et de la motricité de ce dernier. Ceci peut être fait à l'aide de médicaments : prostigmine, atropine, infiltrations anesthésiques.

Où commence le dolichocôlon et à quel moment peut-on parler de côlon allongé et ample?

C'est la radiologie seule qui peut apprécier si son examen est fait dans de bonnes conditions et avec une bonne technique. C'est l'investigation radiologique seule qui, en définitive, permet de confirmer le diagnostic positif et d'orienter le traitement.

Le lavement montre de nombreuses boucles et coudures anormales, avec un sigmoïde porté à droite, remplissant tout l'abdomen. Pour interpréter ces résultats, il faut que le lavement soit fait dans des conditions spéciales, et il faut observer et apprécier :

- La pression et la rapidité de l'injection,
- Le minutage et l'appréciation volumétrique du remplissage progressif,
- L'appréciation de la souplesse et de la tonicité des parois coliques : " le lavement baryté permet d'apprécier non plus par des centimètres, mais par le volume de liquide baryté nécessaire au remplissage".

La quantité de baryte nécessaire au remplissage du :

- côlon sigmoïde est de. . . . . 150-500 cc
- sigmoïde et descendant est de . . . . . 250-750 cc
- sigmoïde, descendant et transverse est de . . . . 500-1500 cc
- cadre colique est de . . . . . .2000-2500 cc

Au-delà de ces chiffres, le cas devient pathologique, et on peut affirmer une anomalie de volume.

Nous considérons comme longueur normale de la projection radiographique :

- côlon iléo-pelvien . . . . . 5o à 6o cm
- côlon descendant . . . . . 2o à 25 cm
- côlon transverse . . . . . 4o à 5o cm
- côlon ascendant . . . . . 2o à 3o cm

Au-delà de ces chiffres, on peut affirmer le dolichocôlon.

Les clichés peuvent présenter des aspects trompeurs de mégacôlon, et il faut pratiquer cet examen sous scopie. Celle-ci permet d'étudier les segments mobiles, leurs rapports, les modifications d'accolement, et même de révéler la présence d'un mégadolichocôlon.

D'autres méthodes radiologiques ont été employées :

- Evacuation - insufflation, mais ceci peut entraîner de fausses images de mégadolichocôlon.
- Kymographie; elle permet de suivre le mouvement colique.
- La pariétographie crée un double contraste gazeux par pneumopéritoine, liquidien ou gazeux, par baryte ou insufflation colique; elle permet surtout d'apprécier l'épaisseur de la paroi colique.

Dans certains cas, on peut avoir intérêt à faire un transit plus une cholécystographie pour ne pas passer à côté de lésions associées.

- La rectoscopie révèle une muqueuse normale et, ce qui est très important, le rectoscope pénètre avec une grande facilité.
- La coproculture fait faire le diagnostic de constipation chronique avec augmentation des fermentations intestinales, et, quelquefois on constate la présence de sang.

VII - LE TRAITEMENT DU DOLICHOCOLON.

L'accord n'est pas réalisé sur le meilleur traitement qu'il convient d'appliquer à cette maladie relativement fréquente.

Le traitement médical ne peut être que symptomatique, et c'est par lui qu'il faut toujours commencer.

A) Traitement médical.

En dehors des crises, il comprend en particulier :

1) Un régime qui vise à supprimer tout ce qui favorise la formation des gaz intestinaux. La suppression totale des farineux (CHIRAY - LONDON - ROSANOFF) est un élément indispensable. Pain, pâtisserie, potages, soupes (sauf consommés de viande), tous les farineux : pommes de terre, haricots, pois chiches ou cassés, lentilles, riz, nouilles, semoule, sont défendus.

Ceci entraîne un amaigrissement important, mais sans danger. Il faut conseiller les albuminoïdes, graisses simples, sucres, viandes et poissons frais, quelques jours de régime lacté ou lacto-végétarien. Sont à proscrire également les épices fortes, les graisses lourdes, les alcools, les vins forts, le tabac.

2) Le traitement médicamenteux. Tous les purgatifs brutaux sont exclus. Il faut préconiser l'emploi de laxatifs mucilagineux et huileux tels par exemple : agar-agar, graine de lin, graine de psillium, huile de paraffine, huile d'olive.

Petits lavements à l'huile d'olive de 50 ml à 100 ml,

tièdes, exceptionnellement de grands lavements d'un litre d'eau bouillie et tiède pure, ou additionnée d'un extrait biliaire liquide trois fois par semaine le matin, à faible pression, mais il y a un inconvénient, étant donné quelle favorise la colite.

JAHIEL conseille une heure avant le repas 1 gramme de gluconate de calcium et 2 mgr d'extrait para-thyroïdien, avec un laxatif doux, huileux. Rarement du sulfate de soude, du charbon pur ou associé à des ferments lactiques.

Les antispasmodiques : belladone XXX/j, atropine, jusquiame ont souvent un effet favorable.

HILLEMAND conseille l'administration d'extraits thyroïdiens, avec des calmants nerveux.

A CATTAN, l'administration de 1/2 mgr de protigmine et 25 mgr de vitamine B durant 10 à 15 jours a donné, dans cinq cas un excellent résultat fonctionnel.

DESGREZ, à l'aide de courant de moyenne fréquence de 9.950 périodes qui ne détermine pas de sensation douloureuse pour les intensités employées, obtient une réduction durable d'un dolichosigmoïde. L'involution s'est accompagnée de la disparition de la constipation. Cure de 6 applications de 5 minutes, pendant 8 jours. Malheureusement ces observations manquent de recul.

JUSTIN-BESANCON a établi un traitement qui consiste à prendre 1,50 gr de chlorure de potassium par jour avant les repas. Chez les constipés atoniques, sur 12 malades, 9 améliorations complètes, 2 partielles, et 1 échec.

3) Les agents physiques : gymnastique, infra-rouge, électrothérapie n'ont pas donné de résultats très satisfaisants. La crénothérapie, conseillée par VENDYNE, à Chatel-

Huyon, a une action digestive générale et anticolitique pour prévenir et traiter les complications de ces anomalies coliques.

4) Les infiltrations sympathiques.- L'infiltration anesthésique du splanchnique et du sympathique lombaire (CUVEREAUX - LERICHE - MALLET - GUY - PLICHET ...). est utilisée comme test pré-opératoire ou comme traitement avec de bons résultats. Infiltration au niveau de L_1 - L_2 de 40 à 60 cc de novocaïne à 1 %.

BOUDIAS a vu disparaître, chez 9 malades sur 11, les troubles fonctionnels après une série d'infiltrations depuis un temps allant de 6 mois à 3 ans. Déjà 1/4 à 1/2 après l'infiltration, il constate la présence d'ondes péristaltiques, le côlon se vide complètement. Mais l'action n'est que transitoire, en répétant les infiltrations, on obtient des effets durables (PICHAUD), et peu à peu la rééducation du gros intestin.

On avait fondé de grands espoirs sur les infiltrations splanchniques, et certains malades, grâce à elle, ont été transformés fonctionnellement et radiologiquement. Malheureusement, l'action des infiltratuons est transitoire, et la rechute survient fréquemment.

B) Traitement chirurgical. -

Nous y distinguerons 2 grandes variétés de méthodes :

1) Les méthodes indirectes par action sur la sympathique,
2) Les méthodes directes
   a) palliatives,
   b) radicales avec résection.

I) Les méthodes indirectes : elles agissent sur la motricité colique par l'intermédiaire du sympathique. Plusieurs interventions ont été pratiquées.

- La ramisection : section des premières et deuxièmes rami-communicantes lombaires sympathiques (WADE et ROYLE);

- Exérèse bilatérale des 2°, 3°, 4° et 5° ganglions sympathiques lombaires gauches et droits, et résection des rami-communicantes (PEET - JUDD - ADSON);

- Résection combinée du plexus mésentérique inférieur et du plexus hypogastrique (RANKIN - LEANMONTH - YOUNG - WHITE).

- Résection isolée du plexus mésentérique inférieur (LERICHE - MERLE d'AUBIGNÉ).

- Résection bilatérale de la chaîne lombaire et du nerf présacré (LERICHE - ADSON).

- Section du splanchnique gauche par voie sous-péritonéale (LERICHE).

Quels en sont les résultats?

Disons de suite que les sections sympathiques comme les infiltrations n'ont pas donné les résultats que l'on escomptait. Ceux-ci sont très inconstants et de courte durée.

Dans sa thèse, BARRY cite le cas de 5 malades ayant bénéficié des interventions sympathiques; les résultats sont médiocres ou franchement mauvais; 1 résultat excellent sur 5, c'est à dire 20 %.

LERICHE, sur 25 opérations sympathiques pratiquées, obtient des résultats satisfaisants. Mais dans plusieurs cas, on retrouve après 9 mois, voire 1 an même, une réduction partielle, l'anse iliaque est moins longue, moins flexueuse, réduite de moitié. Dans un cas, on note une hypo-

tension permanente due à une insuffisance surrénalienne après l'intervention.

Les opérations sympathiques n'agissent que sur l'élément fonctionnel, elles laissent persister la malformation pariétale. P. MALLET - GUY, sur 4 interventions, obtient des réductions substantielles de longueur des segments dolichocoliques. Ces réductions se traduisent par la disparition sur les clichés d'une anse anormale, d'une bouche surnuméraire et qui à la mensuration, sont égales au quart ou au tiers de la longueur initiale de l'anse.

LIARAS a pratiqué des sympathectomies lombaires associées à la splanchnectomie en deux temps, d'abord à gauche, puis à droite. Dans 2 cas, il signale la disparition des douleurs, la disparition du météorisme intestinal, la régularisation du transit. Le contrôle radiologique montre alors un côlon dont la majeure partie s'est rétrécie, mais le côlon terminal sigmoïde et le rectum restent encore dilatés et volumineux.

Les sympathectomies nécessitent une hospitalisation de courte durée. L'amélioration fonctionnelle de ces malades est en général obtenue, mais le résultat anatomique n'est que partiel et laisse le malade toujours exposé à un volvulus ultérieur.

II - Les méthodes directes :

a) Palliatives; beaucoup ont été faites, mais le résultat ne semble être que de courte durée :
- fixation du côlon, sans améliorations passagères;
- résection de valvules (PERTHES - DELBET - BAUDET);
- dilatation de l'anus;
- dérivation interne; notons les caeco-sigmoïdostomies et

les transverso-sigmoïdostomies; elles ont des indications très restreintes, les matières suivent leur cours habituel, et on augmente les chances de volvulus.

b) Radicales :

1) La colectomie totale (DENIS Maurice) réalisée en un temps, mais elle reste de pratique rare et surtout trop grave; le résultat est disproportionné par rapport aux risques. (LEYNAUD, dans sa thèse, en donne la technique, les résultats que l'on peut en espérer, ainsi que les indications d'une telle intervention.

2) La colectomie segmentaire.

Différents procédés ont été employés :

- Opération en 3 temps (QUÉNU) avec extériorisation de l'anse 1° temps, résection 8 jours après 2° temps, et l'anastomose réalise le 3° temps.

- Opération en 2 temps (HARTMANN): extériorisation; la résection avec mise à la peau des 2 bouts réalise le 1° temps, puis rétablissement de la continuité en un 2° temps.

- Opération en 1 temps, voici résumées les diverses techniques et méthodes relevées dans la littérature.

SENEQUE - MILHIET pratiquent la résection en un temps avec suture termino-terminale extériorisée. L'anastomose est laissée dehors, elle réintègre peu à peu la cavité abdominale.

LIMASSET, dans sa thèse, signale la colectomie intra-abdominale avec rétablissement de la continuité par anastomose termino-terminale sous couvert d'un anus caecal.

SEROR et PLANE utilisent l'anastomose latéro-latérale avec abouchement de sécurité de l'extrémité supérieure du segment rectal.

DELORE pratique la résection en un temps, l'anastomose reste extrapéritonéale. La portion non suturée de l'anastomose laisse passer un gros drain qui va dans l'extrémité supérieure du côlon.

BARDET fait une extériorisation de l'anse longue dans un Mac Burney gauche de 6 à 8 cm. Il suture les deux lèvres du péritoine pariétal au côlon et au mésosigmoïde, puis il fait une résection et une anastomose termino-terminale qui est replacée avec un sulfamide entre le péritoine suturé et le transverse.

DARMAILLACQ conseille la technique, décrite par NORD, de colectomie gauche, qu'il appelle hémicolectomie splénique avec rétablissement immédiat de la continuité, suture colo-colique intrapéritonéale.

BARRY rapporte dans sa thèse les bons résultats obtenus par l'extrapéritonisation première, puis la résection avec anastomose termino-terminale totale. Extrapéritonéale sous couvert de fistule caecale faite par le Prof. BERTRAND et reprise dans la thèse d'Anne MICHEL.

VIII - OBSERVATIONS.

Voici à présent nos observations.

OBSERVATION N°1 -

Mme CH. M., 29 ans, nous est adressée par son médecin traitant pour des crises douloureuses abdominales répétées, accompagnées de manifestations de subocclusion et rebelles à toute thérapeutique. A l'interrogatoire, la malade nous apprend qu'elle présente depuis environ 5 ans des crises intestinales douloureuses souvent très intenses, accompagnées d'arrêt des gaz, et se terminant par une débâcle gazeuse et souvent diarrhéique. Au cours de ces derniers mois, ces crises ont nettement augmenté en fréquence et en intensité, et ont obligé l'intéressée à restreindre notablement ses activités.

Dans les antécédents, signalons, il y a 4 ans, une intervention d'urgence, au cours de laquelle il aurait été procédé à l'ablation de la trompe droite, de l'ovaire droit et de l'appendice.

L'examen clinique met en évidence une certaine inégalité de l'abdomen, avec une voussure et un ballonnement de l'hémi-abdomen gauche. Au palper appuyé, toute cette région est nettement sensible.

Le lavement baryté montre un très important dolichocôlon. Les autres examens sont normaux.

Devant l'importance, la répétition des crises subocclusives, et l'échec du traitement médical, on décide d'opérer. Préparation durant 4 jours par régime pauvre en résidu, administration quotidienne de lavements et de purges, et Néomycine, 3 x 2 comprimés par jour. Opération le 28.II 1957.

Compte-rendu opératoire :

Incision transrectale sous-ombilicale et sus-ombilicale gauche. Après avoir libéré quelques adhérences, on tombe en cavité péritonéale libre, et on examine tout d'abord l'appareil génital. A noter la présence d'un utérus infantile. L'ovaire droit est normal, l'ovaire gauche kystique. On énucle ces kystes. Les 2 trompes sont présentes, mais paraissent également atrophiques. Il existe un mésentère commun, et le côlon droit flotte librement dans la cavité abdominale. A noter également, du côté de la partie gauche du transverse, une laxite pathologique. Enfin et surtout, très important dolichosigmoïde faisant 2 boucles successives de 30 cm de diamètre environ chacune. Dans ces conditions, on décide de pratiquer l'ablation du côlon ascendant, du côlon transverse et du côlon gauche jusqu'au delà de la région dolichosigmoïdienne. Rétablissement de la continuité intestinale par iléo-colostomie gauche latéro-latérale en 2 plans et points isolés dans d'excellentes conditions. Révision de l'hémostase. Lame de drainage au contact de l'anastomose. Fermeture de la paroi plan par plan. Dilatation anale.

Les suites de l'intervention sont extrêmement favorables. Le 3° jour, la malade émet une selle spontanée; puis, durant une huitaine de jours environ, elle ressent le passage des selles au niveau de l'anastomose. Très rapidement, ces petits malaises diminuent pour disparaître complètement. 2 selles quotidiennes sont émises régulièrement sans la moindre douleur, et sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours au moindre médicament. La malade rentre convalescente le 14° jour.

Revue en 1958. Se déclare guérie. Va remarquablement bien. N'a plus présenté la moindre crise douloureuse

spastique depuis l'opération. N'a jamais plus eu de syndrome subocclusif. A une selle quotidienne, régulière, sans prendre de médicaments.

A signaler que la pièce a été envoyée à l'examen histopathologique, dont voici le résultat : "histologiquement, il s'agit d'un segment de côlon sans particularité de structure, où l'on ne retrouve que de très rares lésions inflammatoires de la muqueuse qui sont caractérisées par une forte abondance de polynucléaires éosinophiles. Plus profondément, le plan des musculeuses ne présente rien de particulier, non plus que les plexus mésentériques qui sont de eee structure parfaitement normale. Longueur de la pièce de résection : 90 cm.

Revue pour la dernière fois en avril 1961. Excellent résultat éloigné.

EPICRISE : Dolichocôlon gauche chez une jeune femme de 29 ans. Crises subocclusives à répétition. Côlon ascendant très court et flottant. Mésentère commun. Résection des côlons ascendant, transverse et gauche supérieurs. Iléo-colostomie. Excellent résultat qui se maintient depuis 3 ans et 5 mois.

OBSERVATION N° 2. -

Soeur R.G., 27 ans. Accuse depuis l'âge de 20 ans une très importante constipation. Ces dernières années, ces troubles sont allés en s'aggravant, et il lui arrive fréquemment de ne pas aller à la selle pendant 10 à 12 jours de suite, malgré la prise de tous les purgatifs et laxatifs classiques, dont elle a largement usé et abusé. En plus de cela, depuis un an, apparition de manifestations spastiques très douloureuses, avec des crises subocclusives. Depuis

6 à 8 mois, sérieuse atteinte de l'état général, anorexie presque totale, fatigue générale; a maigri de près de 8 kilos.

L'examen clinique ne montre rien de particulier, sauf un net endolorissement de la région para-ombilicale gauche où l'on sent un agglomérat d'intestins.

Au lavement baryté, très important dolichocôlon gauche.

Intervention le 22 juillet 1960 :

COMPTE - RENDU OPERATOIRE :

Incision transrectale gauche sus- et sous-ombilicale. Après ouverture du péritoine, on tombe sur un important dolichosigmoïde avec une large boucle flottante. La racine du mésentère correspondant à cette boucle est truffée de petites pétéchies traduisant les phénomènes de volvulus subaigü. Par ailleurs, le caeco-ascendant est également flottant et se trouve en position médiane. Dans ces conditions, on décide de pratiquer une colectomie ascendante transverse et gauche, avec rétablissement de la continuité par une iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale isopéristaltique. Après avoir enfoui le bout proximal de l'intestin grêle et le bout distal du côlon sigmoïde, on enlève l'ensemble du côlon, et on fait l'anastomose en 2 plans, chaque fois par points isolés. Puis, on pratique la fermeture de la brèche mésentérique et enfin, on péritonise soigneusement l'espace de décollement colo-pariétal gauche et droit. Comme l'hémostase est parfaite, il n'est pas nécessaire de laisser une lame de drainage. Enfin, on procède à la fixation périétale du sigmoïde conservé, de manière à éviter que l'anastomose ne soit tiraillée, et on laisse une lame de drainage qui recouvre l'anastomose et qu'on fait ressortir par une contre-incision.

Dernière révision de l'hémostase. Tifomycine. Fermeture de la paroi plan par plan.

Suites opératoires extrêmement favorables. Première selle spontanée dès le 3° jour. Cicatrisation de la plaie per primam Quitte la Clinique convalescente le 18° jour postopératoire.

Revue le 7 décembre 1960. A grossi de 10 kilos !!! Ne présente plus aucune manifestation douloureuse. Va régulièrement à la selle et a pu reprendre une activité tout à fait normale.

EPICRISE : Dolichocôlon sigmoïde chez une femme de 27 ans. Constipation opiniâtre. Depuis un an, crises subocclusives, avec répercussion importante sur l'état général. Côlon ascendant flottant. Colectomie ascendante, transverse et gauche, iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale. Résultat excellent, se maintient depuis 5 mois.

OBSERVATION N° 3 :

Mr. B. Ch., 42 ans. Inspecteur de police.

Nous est adressé par son médecin traitant, en juin 1957, pour violentes douleurs abdominales, se produisant de plus en plus fréquemment, et devenues rebelles à toute thérapeutique.

Dans les antécédents du malade, on relève une dysentérie contractée en Syrie, en 1940, et l'ablation de l'appendice pour des douleurs abdominales diffuses, en 1950. Actuellement, il se plaint surtout d'une constipation très opiniâtre(pas de selles entre 8 à 12 jours en moyenne), et des douleurs abdominales localisées principalement dans la

partie gauche de l'abdomen, l'obligeant d'interrompre très fréquemment ses occupations et lui créant de très sérieux ennuis du point de vue professionnel.

L'examen clinique montre que toute la partie gauche de l'abdomen est ballonnée et augmentée de volume. Au palper, on y sent très nettement de grosses anses intestinales, et la percussion met en évidence un tympanisme exagéré.

Au lavement baryté, présence d'un mésentère commun avec très important dolichosigmoïde.

Avant de décider d'intervenir, on propose une nouvelle thérapeutique médicamenteuse, basée avant tout sur un régime sévère et l'administration de laxatifs doux. Ceci donne un effet durant environ 3 à 4 semaines, puis les mêmes manifestations reviennent. Néanmoins on temporise auprès du malade qui pousse à l'intervention.

Revu en février 1960. A ce moment, les douleurs sont devenues particulièrement vives. Elles sont surtout localisées dans la région para-ombilicale gauche. Le malade ne travaille plus depuis 5 semaines tant il souffre. Il signale aussi d'importantes poussées de subocclusion.

On décide donc d'intervenir le 30 mars 1960.

COMPTE-RENDU OPERATOIRE :

Incision transversale gauche sus- et sous-ombilicale. Après ouverture du péritoine, on a la surprise de constater que le caecum se trouve en position para-ombilicale gauche; le côlon ascendant et le côlon transverse sont fixés l'un à l'autre; parallèlement, une 2° coudure très aiguë entre le côlon ascendant et le côlon transverse. Ceci explique facilement les troubles subocclusifs et les manifestations douloureuses intenses présentées par l'intéressé depuis plu-

sieurs années. Une révision complémentaire de la cavité abdominale ne montre rien de spécial. Foie et vésicule biliaire sans particularités. Estomac, duodénum et pancréas sont normaux. On décide donc de pratiquer une colectomie ascendante et transverse et l'ablation de l'angle gauche avec la partie supérieure du côlon descendant. Section de l'intestin grêle à 10 cm environ de la valvule iléo-caecale. Section du sigmoïde à sa partie moyenne. Les deux segments intestinaux sont chaque fois enfouis en 3 plans dans de très bonnes conditions. Puis, on rétablit la continuité digestive par une anastomose iléo-sigmoïdienne latéro-latérale. Celle-ci est exécutée en 2 plans par points isolés. Elle a 5 cm de large au moins. On fixe le côlon sigmoïde à la paroi, de manière à éviter toute mobilité de l'anastomose, et on ferme soigneusement les différentes fossettes mésentériques. Une lame de drainage est laissée du côté de l'hypocondre gauche. 2 autres lames entourent l'anastomose iléo-sigmoïdienne. Instillation de Tifomycine. Fermeture de la paroi plan par plan sur Tifomycine et lame de drainage.

Suites opératoires très simples, La plaie cicatrise per primam. Quitte le service convalescent le 16° jour post-opératoire.

Est revu en avril 1960. Ne présente plus aucune douleur, mais accuse de temps à autre des épisodes diarrhéiques. A en moyenne 2 à 3 selles par jour.

Revu en mars 1962. Accuse à ce moment là de vagues douleurs de l'hémiabdomen gauche. Le lavement baryté de contrôle montre un assez important cul-de-sac sur le segment côlon sigmoïde, et il n'est pas exclu que la stase dans ce cul-de-sac puisse expliquer les manifestations douloureuses. L'anastomose iléo-sigmoïdenne est parfaite, et on ne voit nulle part d'autres anomalies.

EPICRISE : Dolichocôlon sigmoïde avec mésentère commun, chez un homme de 42 ans. Constipation et crises abdominales douloureuses, avec répercussion importante sur l'activité du malade. Crises subocclusives. Colectomie ascendante et transverse, et ablation de l'angle gauche avec la partie supérieure du côlon descendant. Anastomose iléo-sigmoïdienne latéro-latérale. Résultat bon, mais selles diarrhéiques et douleurs vagues de temps à autre.

OBSERVATION n° 4 :

Mme D.A., 23 ans, nous est adressée par son médecin traitant pour une constipation extrêmement rebelle qui existe depuis l'âge de 16 ans. Ne va pas à la selle durant lo à 12 jours parfois, et depuis environ un an, importante atteinte de l'état général, troubles digestifs complexes, amaigrissement de près de 8 kilos, asthénie, mauvais état général; ne peut pratiquement s'occuper de rien.

L'examen clinique montre un endolorissement de toute la fosse iliaque gauche, même au palper superficiel. Au lavement baryté, très important dolichocôlon.

Compte tenu du jeune âge de la malade, on décide de temporiser, en donnant des règles sévères du point de vue diététique alimentaire et digestif à son médecin, et on arrive à maintenir la malade tant bien que mal jusqu'en 1960. A ce moment, apparaissent des manifestations subocclusives, dont l'intensité est telle que Mme D. réclame avec insistance d'être opérée.

COMPTE-RENDU OPERATOIRE :

Incision transrectale gauche sus- et sous-ombilicale. Après ouverture du péritoine, on tombe sur une très importante boucle sigmoïdienne, allant jusqu'au niveau de l'angle colique droit. Le mésentère correspondant renferme de nombreuses petites pétéchies hémorragiques. Colectomie segmentaire, avec rétablissement de la continuité intestinale par colo-colostomie gauche. Celle-ci est effectuée facilement et sans la moindre traction. On la réalise en 2 plans par points isolés. Lame de drainage à son contact. Elle ressort par une contre-incision. Fermeture de la brèche mésentérique. Fermeture de la paroi plan par plan sur lame de drainage.

Suites opératoires simples. Cicatrisation de la plaie per primam.

Examen de contrôle en mars 1960. A grossi de près de 10 kilos. Va régulièrement à la selle. Ne présente plus le moindre malaise.

Revue en décembre 1962 : excellent résultat se maintient.

EPICRISE : Dolichosigmoïde chez une femme de 23 ans, avec atteinte marquée de l'état général. Crises subocclusives depuis 1 mois. Colectomie segmentaire, colo-colostomie gauche. Revue après 2 ans : excellent résultat.

OBSERVATION N° 5 :

Mme B.E., 43 ans. Nous est adressée, en mars 1960, pour de très importantes douleurs dans l'hémi-abdomen droit, accompagnées de manifestations spastiques douloureuses, de

crises subocclusives, et d'une constipation de plus en plus opiniâtre.

A l'interrogatoire, on apprend que depuis environ 16 mois, l'intéressée est constipée parfois pendant 8 jours, et qu'elle présente de fréquentes manifestations douloureuses avec des spasmes et d'importants ballonnements de l'abdomen qui l'ont obligée d'interrompre très fréquemment son travail. A déjà subi une appendicectomie en 1937. Elle se plaint également de très violentes céphalées et de nausées constantes.

Important ballonnement de l'hémi-abdomen droit qui est beaucoup plus voussuré que le côté gauche. Au palper, sensibilité très marquée de toute cette région.

Le lavement baryté met en évidence un important dolichocôlon droit et transverse.

Après préparation, intervention le 21 septembre 1960.

COMPTE-RENDU OPERATOIRE :

Incision transrectale gauche sus- et sous-ombilicale. Après ouverture du péritoine, on tombe sur un énorme côlon ascendant et transverse. Le calibre du gros intestin va en diminuant vers l'angle gauche. Présence, en plus, d'un dolichosigmoïde. On décide donc de pratiquer une hémicolectomie ascendante et transverse, l'ablation de l'angle gauche et de la partie supérieure du descendant.

L'intestin grêle est sectionné et enfoui à 10 cm de la valvule iléo-caecale. Le côlon descendant est sectionné à sa partie haute et enfoui. Puis, l'ensemble du côlon malade est réséqué. La continuité intestinale est rétablie par une anastomose latéro-latérale iléo-colique gauche, pratiquée en 2 plans par points isolés, dans d'excellentes con-

ditions. Péritonisation de l'espace de décollement colo-pariétal droit; on laisse à l'extrémité supérieure de cet espace une lame de drainage qui ressort par une contre-incision droite. Péritonisation de l'espace de décollement colo-pariétal gauche avec fixation du côlon sigmoïde de la paroi, de manière à éviter que l'anastomose ne soit coudée. Lame de drainage au niveau de la partie supérieure de l'espace de décollement gauche; elle ressort également par une contre-incision. Fermeture soigneuse des brèches mésentériques. Dernière révision de l'hémostase. A signaler que l'anastomose est bien perméable. Fermeture de la paroi plan par plan sur Tifomycine et lame de drainage.

Suites opératoires simples. Quitte le service convalescente le 17° jour post-opératoire.

Réexaminée en décembre 1960. Va très bien. Ne présente plus aucun malaise. Les selles sont devenues régulières. A repris près de 8 kilos.

Revue en avril 1961. Va toujours bien, mais présente à nouveau une légère tendance à la constipation. Cet état n'est cependant en rien comparable avec les ennuis qu'elle a connus avant l'opération dont elle reste très satisfaite.

EPICRISE : Malade de 43 ans, constipation importante avec douleurs. Dolichocôlon droit et transverse. Hémicolectomie ascendante et transverse, ablation de l'angle gauche et de la partie supérieure du descendant, anastomose latéro-latérale, iléo-colique gauche. Revue après 1 an et 7 mois, présente une légère constipation; amélioration nette. Résultat bon.

OBSERVATION N° 6 :

Mme L.J., 57 ans, nous est adressée pour des troubles dyspeptiques vagues avec nausées, vomissements par intermittence, manifestations de subocclusion et endolorissement passager de l'hémi-abdomen gauche, suivis de débâcles diarrhéiques.

L'examen clinique ne montre rien de bien particulier. Examens complémentaires : cholécystographie normale, ainsi que le transit gastro-intestinal. Mais au lavement baryté, on découvre un important dolichosigmoïde. On propose à la malade un traitement médical d'attente quand, au bout de 6 semaines, son médecin la réadresse parce qu'elle a présenté, à 3 reprises successives, d'importantes manifestations de subocclusion.

Opération le 18 juillet 1959.

COMPTE-RENDU OPERATOIRE :

Incision transrectale gauche sus- et sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, on est tout d'abord obligé de libérer un certain nombre d'adhérences entre le grand épiploon et la paroi, provenant de l'ancienne laparotomie médiane sous-ombilicale. Puis on pénètre en cavité péritonéale libre, et on constate alors la présence d'un dolichosigmoïde très flottant. Le caeco-ascendant est également peu fixé et assez fortement dilaté. On décide de pratiquer une colectomie segmentaire avec rétablissement de la continuité par colo-colostomie termino-terminale. Celle-ci est exécutée très facilement, sans qu'il soit nécessaire de toucher à l'angle splénique gauche, car la bouche sigmoïdienne est très longue et laisse suffisamment d'étoffe pour une anastomose sans tension. On l'effectue en deux

plans par points isolés. On laisse à son contact une lame de drainage qui ressort par une contre-incision. Fermeture de la paroi plan par plan sur Tifomycine et lame de drainage.

Le 4° jour, émission d'une selle spontanée. Suites favorables. Toutes manifestations douloureuses disparaissent. Le transit des gaz et des matières redevient normal.

Revue en novembre 1962 : va très bien. Toute symptomatologie a disparu. 1 selle quotidienne, sans laxatifs.

EPICRISE : femme de 57 ans. Important dolichosigmoïde. Crises subocclusives avec dyspepsie. Colectomie segmentaire, anastomose colo-colique termino-terminale. Revue après 2 ans et 4 mois. Excellent résultat.

OBSERVATION n° 7 :

Melle St. J., 20 ans, nous est adressée par son médecin traitant pour un important dolichocôlon gauche, occasionnant depuis des années des troubles spastiques et des douleurs qui deviennent de plus en plus importantes ces derniers mois et ne répondent plus à aucune thérapeutique. 2 crises subocclusives intenses sont également signalées.

Au lavement baryté : très important dolichocôlon gauche. Intervention le 23.7.58.

COMPTE-RENDU OPERATOIRE :

Incision pararectale gauche sus- et sous-ombilicale. Après ouverture du péritoine, on constate qu'il existe un dolichosigmoïde avec une boucle supplémentaire dépassant 70 cm de longueur et un caeco-ascendant complètement flottant. Ce dernier est tout d'abord fixé par une série de

points isolés au péritoine pariétal. Puis on pratique une colectomie segmentaire avec rétablissement de la continuité par colo-colostomie termino-terminale. L'anastomose est faite par des points isolés en 2 plans. La vascularisation des tranches intestinales est parfaite, la préparation du côlon impeccable. De ce fait, on juge inutile de pratiquer une colostomie d'amont de sécurité. Lame de drainage au contact de l'anastomose. Elle ressort par une contre-incision. Fermeture plan par plan. Tifomycine. Lame de drainage sous la graisse.

Suites opératoires simples. Emet une selle quotidienne dès le 5° jour.

Revue 3 mois plus tard : a grossi de 13 kilos depuis l'opération. Va remarquablement bien. A une selle molle tous les matins sans le moindre malaise. N'a plus eu aucun trouble subocclusif.

Revue en janvier 1963 : va toujours bien; a de temps en temps quelques douleurs dans la fosse iliaque gauche. Mais transit toujours normal, régulier, et n'a plus de crises. Bon résultat éloigné.

EPICRISE : Dolichosigmoïde chez une femme de 20 ans. Crises subocclusives et constipation très opiniâtre. Colectomie segmentaire, anastomose colo-colique termino-terminale. Vague douleur dans la fosse iliaque gauche. Résultat bon.

OBSERVATION n° 8 :

Nous sommes amenés à voir pour la première fois Melle H.M.A., 26 ans, le 24 mars 1957, pour des troubles subocclusifs. En réalité, l'intéressée présente d'importan-

tes manifestations spastiques du côlon gauche avec ballonnement très marqué. A l'interrogatoire, on apprend qu'elle n'a pas eu de selle depuis 8 à 9 jours. On prescrit des lavements à la glycérine, des antispastiques, et au bout de 18 heures, " l'intestin se débloque ". Dès lors, Melle H. vit sous un régime sévère, laxatifs doux et péristaltogènes. Une fois le transit rétabli, on fait faire un lavement baryté qui montre un important dolichosigmoïde.

On la perd de vue jusqu'au début de l'année 1958, où apparaissent de nouvelles manifestations subocclusives. Celles-ci sont cependant beaucoup plus marquées, et il existe des douleurs sur tout le cadre colique.

Devant l'échec des multiples traitements médicaux, on se décide à l'intervention, qui a lieu le 20.3.58.

COMPTE-RENDU OPERATOIRE :

Incision transrectale sus- et sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, on tombe sur un important dolichocôlon gauche. La boucle sigmoïdienne fait deux tours sur elle-même. En amont et en aval, il reste suffisamment d'étoffe pour une anastomose termino-terminale dans d'excellentes conditions, sans traction et sans qu'il soit nécessaire de décoller l'angle splénique gauche. Résection de la double sigmoïdienne. Rétablissement de la continuité colique par une anastomose directe; celle-ci est exécutée en 2 plans par points isolés. Lame de drainage à son contact, que l'on fait ressortir par une contre-incision. Fermeture de la brèche mésentérique. Révision de l'hémostase. Fermeture de la paroi plan par plan sur Tifomycine et lame de drainage. Dilatation anale.

Les suites opératoires furent très favorables. Dès le 3° jour, émission d'une selle spontanée, suivie d'un épi-

sode diarrhéique passager. Cicatrisation de la plaie per primam.

Revue à plusieurs reprises depuis son opération. A des selles régulières et bien formées, sans prise de médicaments. Guérison. Excellent résultat éloigné.

EPICRISE : Dolichocôlon gauche chez une femme de 26 ans. Manifestations subocclusives. Résection du côlon sigmoïde. Anastomose colo-colique termino-terminale.

OBSERVATION n° 9 :

Mme H.G., 36 ans, nous est adressée par son médecin traitant parce qu'elle présente, depuis plusieurs semaines, des crises spastiques extrêmement douloureuses de son hémi-abdomen gauche, accompagnées de manifestations de subocclusion. Depuis très longtemps déjà, elle est connue pour être porteuse d'un dolichosigmoïde à double boucle qui, jusqu'à présent, se manifestait uniquement par une constipation opiniâtre, s'étendant souvent sur 8 à 10 jours. Il y a un an, ont commencé les troubles subocclusifs; les manifestations douloureuses, accompagnées chaque fois d'une sensation de constriction extrêmement intense et de pâleur très marquée relevée par son entourage, remontent à quelques mois. Un nouveau lavement baryté de contrôle vient confirmer une fois de plus la présence de cet important dolichosigmoïde.

Préparation à l'intervention par lavements, purges, régime pauvre en résidu, néomycine : 3 x 3 comprimés durant 4 jours.

Intervention le 12.2.1962.

COMPTE-RENDU OPERATOIRE :

Incision transrectale gauche sous- et para-ombilicale. Après ouverture du péritoine, on trouve, comme le laissait prévoir la radiographie, un très important dolichosigmoïde. On décide de pratiquer une hémicolectomie gauche. Comme le côlon transverse est nettement ptosé, on procède à un décollement de l'angle splénique gauche, puis on fait une résection étendue avec rétablissement de la continuité colique par colocolostomie termino-terminale. Anastomose par points isolés en 2 plans. Etant donné que l'intestin renferme encore des matières, et bien que l'anastomose ait été exécutée dans des conditions techniques idéales, on juge préférable de faire une fistule caecale de sécurité. Lame de drainage au contact de la colo-colostomie. Elle ressort par une contre-incision. Fermeture de la paroi plan par plan.

Les suites opératoires sont simples. La lame au contact de la colostomie est retirée le 7° jour. Dès le 4e jour, il y a une selle normale par voie naturelle. La caecostomie livre passage à un peu de matières dont la plus grosse partie sort par voie naturelle.

3 semaines après la première intervention, fermeture de la caecostomie. 15 jours plus tard, la malade quitte le service.

A été revue à diverses reprises. N'a plus jamais eu de manifestations douloureuses, mais ne va à la selle que tous les 2 jours. Est obligée, de temps en temps, de prendre des petits laxatifs. Résultat moyen.

EPICRISE : Dolichosigmoïde chez une femme de 36 ans. Crises subocclusives à répétition. Hémicolectomie gauche. Colo-colostomie terminale avec fistule caecale de sécurité. Résultat bon.

OBSERVATION N° 10 :

Mr. H.G., 41 ans, présente depuis son adolescence une constipation extrêmement opiniâtre et a accusé de temps en temps des crises subocclusives très intenses. Il a même été hospitalisé à deux reprises pour un tableau occlusif net qui, une fois, s'est levé spontanément, une autre fois a motivé l'installation d'une fistule caecale qui, devant la négativité de l'investigation complémentaire, a été refermée. Puis, après avoir été bien pendant lo mois environ, il a présenté à nouveau les mêmes manifestations.

Depuis environ 6 mois, les troubles subocclusifs sont devenus de plus en plus marqués. A la constipation se sont ajoutées des manifestations douloureuses très nettes de l'hypocondre gauche, qui ont obligé cet homme, employé de commerce de son métier, à interrompre fréquemment son travail.

Au lavement baryté, très important dolichcôlon gauche, avec double boucle dont l'une descend vers la fosse iliaque droite, alors que l'autre se dirige plutôt vers la partie droite du côlon transverse.

Préparation à l'intervention : lavements, purges, régime pauvre en résidu, Néomycine 3 x 2 comprimés par jour.

Opération le 6.12.1961.

COMPTE-RENDU OPERATOIRE :

Incision transrectale gauche sous- et para-ombilicale. Après ouverture du péritoine, on tombe, comme prévu sur un très important dolichocôlon gauche. Colectomie segmentaire facile, avec rétablissement de la continuité digestive par colo-colostomie termino-terminale. L'anastomose est exécutée par points isolés en 2 plans. Lame de drainage à son contact, qui ressort par une contre-incision. Fermeture de la paroi plan par plan.

Suites opératoires très simples. La première selle spontanée vient le 3° jour. Quitte le service convalescent le 15° jour. Revu la dernière fois en mars 1963.

Excellent résultat fonctionnel. Va régulièrement à la selle. N'a plus aucune douleur. Trouve que sa "vie est complètement transformée".

EPICRISE : Dolichocôlon gauche chez un homme de 41 ans. subocclusions à répétition, constipation très marquée. Colectomie segmentaire gauche. Colo-colostomie termino-terminale. Résultat excellent.

IX - ETUDE CRITIQUE DE NOS OBSERVATIONS PERSONNELLES.

Essayons à présent de faire la synthèse de nos 10 observations.

I - Quelles furent les manifestations majeures et déterminantes de l'intervention ?

Symptômes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Crises douloureuses subocclusives	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Constipation		+	+	+	+			+	+	+
Diminution de l'activité	+		+	+	+					+
Atteinte de l'état général		+		+	+					
Vomissements - nausées					+	+				

L'indication opératoire a donc posée chez les malades très handicapés, présentant avant tout des crises subocclusives à répétition et une constipation opiniâtre.

2 - Quelles furent les constatations opératoires?

Un dolichosigmoïde simple	6 fois
Un dolichosigmoïde + mésentère commun	2 fois
Un dolichosigmoïde + caecoascendant flottant	1 fois
Un dolichoascendant	1 fois

Ce tableau vient confirmer la fréquence du dolichosigmoïde.

3 - Quelle attitude technique fut adoptée?

Il fut pratiqué :

Une colectomie segmentaire gauche avec anastomose termino-terminale sans soupape de sûreté	5 fois

avec caecostomie de sécurité . . . . . 1 fois

Une colectomie ascendante + transverse + résection de la partie haute du côlon gauche avec iléocolostomie gauche moyenne . . . . . 3 fois

Une résection du côlon ascendant et du côlon transverse et anastomose iléocolique gauche haute . . . . . 1 fois

4) Quels furent les résultats post-opératoires immédiats?

Disons de suite que la mortalité opératoire fut nulle. Sur le tableau ci-après, nous avons résumé les principaux éléments des suites post-opératoires.

Observations N°	Durée d'hospitalisation	1° selle spontanée	Complications post-opératoires majeures	Cicatrisation
1	14 jours	3° jour	0	per primam
2	18 "	3° "	0	" "
3	16	2° "	0	" "
4	15 "	3°	0	" "
5	17 "	3° "	0	" "
6	19 "	4° "	0	" "
7	13 "	5°	0	" "
8	2o "	3° "	0	" "
9	36 "	4° "	0	caecostomie fermée secondairement
10	15 "	3° "	0	per primam

La durée moyenne d'hospitalisation fut de 16 jours pour 9 cas; 1 fois, elle a été de plus de 3o jours du fait de l'établissement d'une caecostomie qui dut être refermée dans un 2° temps.

La reprise des selles a été spontanée entre le 2° et 5° jour. Nous n'avons eu aucune complication post-opératoire majeure, grâce au lever précoce, ni pulmonaire, ni vasculaire. A signaler une malade qui a fait une poussée de périphlébite, guérie en peu de temps.

5) Effet de l'intervention :

	excellent	bon
sur la constipation.	7	3
sur les douleurs	7	3
sur les crises subocclusives	10	
sur l'état général : reprise de poids de plus de 10 kilos	3 fois.	

6) Etude des résultats éloignés :

Qualifiant nos résultats :

Résultats excellents : Une selle quotidienne, absence de toute douleur et crises subocclusives.
Amélioration de l'état général, avec reprise de poids et du travail.
Résultats bons : Le malade présente encore des selles irrégulières, soit 2 fois par jour, ou nécessité de temps en temps de laxatifs doux.

Résultats moyens : Sensation douloureuse, selles irrégulières, diarrhéiques, plus de 2 selles par jour, et constipation légère nécessitant plus régulièrement la prise de laxatifs.

Nous avons donc :
Résultats excellents . . . . . 6 fois
" bons . . . . . 2 fois
" moyens . . . . . 2 fois.

7) Les résultats se sont-ils maintenus ? Quel est le recul dont nous disposons?

Observation	date de l'intervention	recul	douleurs et crises subocclusives	transit intestinal	état général
1	28.11.57	3 ans 5 mois	0	normal	bon
2	22. 7.6o	5 mois	0	normal	a grossi de lo kilos
3	3o. 3.6o	2 ans	((+()	épisodes diarrhées	bon
4	16. 1.6o	2 ans	0	normal	a grossi de lo kilos
5	21. 9.6o	1 an 7 mois	0	tendance à constipation	bon
6	18. 6.59	2 ans 4 mois	0	normal	bon
7	23. 7.58	4 ans 6 mois	(+)	normal	a grossi de 13 kilos
8	2o. 3.58	4 ans 2 mois	0	normal	bon
9	12. 2.62		0	selle tous les 2 jours + petit laxatif	bon
10	6.12.61	1 an 3 mois	0	normal	bon

D'une étude approfondie de nos observations, nous retiendrons les quelques faits présents. Nous insistons sur la mortalité nulle; l'intervention chirurgicale pratiquée chez des malades sélectionnés n'offre pas de risques majeurs.

Les résultats ont été dans l'ensemble excellents, puis-

que la majorité des malades ont vu la disparition des symptômes. Chez tous les autres, très nette amélioration, et les malades eux-mêmes se sont déclarés satisfaits des résultats. C'est la sévérité de ces critères qui les a fait classer dans la catégorie des résultats bons et moyens, parce qu'ils persistait une petite constipation ou, de temps à autre, une légère douleur.

IX - QUELQUES RESULTATS DE COLECTOMIES SEGMENTAIRES PUBLIEES DANS LA LITTERATURE.

Voyons à présent, à titre comparatif, les résultats de colectomies segmentaires publiées dans la littérature.

- BERTRAND, sur 57 cas opérés, avec 20 cas suivis, a comme :

  Suites immédiates : 1 décès
  1 suppuration lombaire
  2 troubles occlusifs
  9 fistules

  Résultats éloignés: du point de vue douloureux :
  93 % des malades vont bien, parmi eux
  27 % ont des douleurs fugaces
  7 % présentent encore des troubles douloureux

  Transit :
  60 % ont un transit normal, plus de constipation, selle régulière bien formée, sans laxatifs.

- DELORE : 2 cas : tous les 2 : résultats fonctionnels excellents.

- FRANCILLON et PICAULT : 6 cas de résection intrapéritonéale =
  2 résultats parfaits
  4 résultats bons.

- DARMAILLACQ : 3 cas avec de bons résultats.

- BARDET : sur 22 malades :
  6 fistules, dont 4 se ferment spontanément
  1 décès le 22° jour
  16 guérisons en 8 jours.

  Bons résultats dans l'ensemble.

- BARRY : sur 10 cas : du point de vue clinique :
  6 résultats excellents
  2 résultats moyens
  1 résultat médiocre

  Du point de vue anatomique, les résultats sont très bons.

- ANNE-MICHEL : sur 15 cas suivis :
  8 résultats excellents
  2 résultats bons
  2 résultats moyens
  2 résultats médiocres
  1 résultat mauvais

- DONALS et DAVIS : sur 14 cas de résection :
  aucun décès
  8 résultats excellents
  3 résultats bons
  3 résultats moyens.

  Ces cas ont été suivis de 10 à 55 mois après l'intervention.

Cette étude de la littérature vient donc confirmer l'impression que nous avons recueillie de l'analyse de nos propres observations, à savoir : les heureux résultats que l'on peut espérer de la colectomie segmentaire dans la majorité des cas.

XI - INDICATIONS OPERATOIRES.

Compte tenu des faits exposés ci-dessus, essayons à présent de préciser les indications opératoires et de voir quel malade relève d'un acte chirurgical.

Nous voudrions à nouveau insister sur le fait que l'immense majorité des sujets porteurs d'un dolichocôlon relèvent d'un traitement médical. Ce ne sont que les échecs d'un traitement correctement conduit et consciencieusement suivi pendant un délai suffisamment valable qui devient justiciable d'une thérapeutique chirurgicale. Bien entendu, il faut savoir refuser cette intervention à un certain nombre de malades : aux anxieux, dystoniques nerveux, aux malades présentant un terrain psychique ou social défavorable, aux malades trop âgés, ou ayant un état général déficient.

Nous avons vu que les interventions sympathiques peuvent donner des résultats intéressants, mais toujours de courte durée. Nous proposons de les réserver aux malades qui n'ont pas réagi au traitement médical, mais chez lesquels une question de terrain (obésité, insuffisance cardiaque, pulmonaire...) rend une intervention intrapéritonéale par trop risquée.

Hormis ces exceptions, il est préférable de s'adresser à la colectomie segmentaire dont la qualité des résultats est, comme nous l'avons vu, de très loin supérieure à celle que permettent d'obtenir les interventions à visée nerveuse.

Quelles sont les indications pour une colectomie segmentaire?

1) Les troubles subocclusifs douloureux à répétition,

2) Les crises de torsion subaiguës. Elles risquent toujours de reprendre et d'évoluer alors vers la complication grave.

3) Les constipations graves et invétérées, ayant des répercussions sévères qui handicapent le malade dans ses activités et créent par là une véritable infirmité.

4) L'atteinte de l'état général.

5) La coexistence d'un ulcère gastrique (OURY - WELTI-SEROR).

6) Toute complication du dolichocôlon.

Il est entendu que ces malades doivent subir la préparation classique en chirurgie colique : régime pauvre en résidu, administration de lavements et purges pour assurer une bonne vidange intestinale, et d'antibiotiques intestinaux. Bien qu'il ne soit pas dans notre intention d'envisager le problème sous son aspect technique chirurgical, nous voudrions rappeler la qualité des résultats que permet d'obtenir l'anastomose colo-colique termino-terminale exécutée avec minutie en 2 plans par points isolés. Les sutures ne doivent pas exposer au lâchage, ceci d'autant plus que rien n'oblige à enlever de larges éventails mésentériques risquant d'entraver la circulation, comme cela peut parfois être le cas dans l'exérèse pour lésions néoplasiques. Une bonne préparation colique, qui est à présent entrée dans la routine dans un service de chirurgie spécialisé tant soit peu en chirurgie digestive, doit permettre d'obtenir un intestin bien préparé et dispenser de l'établissement d'une soupape de sécurité sous forme de fistule caecale ou d'une colostomie transverse droite. Nous n'avons été obligés de recourir à une telle dérivation qu'une seule fois;

les seuls inconvénients que cela entraîne sont l'augmentation de la durée d'hospitalisation, et la nécessité d'un 2° temps de fermeture. Ce ne sont cependant pas là des arguments suffisamment valables pour dispenser du bénéfice de sécurité que donnent, dans certains cas, la caecostomie ou la colo-colostomie d'amont.

XII - CONCLUSIONS.

Après avoir passé en revue l'étiologie, la symptomatologie clinique, et les éléments de diagnostic du dolichocôlon de l'adulte, nous nous sommes surtout attaché à l'étude de sa thérapeutique.

A l'appui de 10 observations, nous pouvons affirmer que la résection segmentaire réalise l'intervention de choix.

Entre des mains exercées en chirurgie digestive, la mortalité opératoire est nulle. Quant aux résultats, ils sont des plus satisfaisants. Sur nos 10 opérés, nous relevons 6 excellents et 4 bons résultats.

Le seul problème vraiment difficile est celui des indications. Nous estimons que celles-ci doivent être extrêmement réservées et très judicieusement posées. Il ne faudra en aucun cas songer à une opération avant d'avoir soumis ces malades à un traitement médical sérieux et consciencieusement suivi pendant longtemps.

Parmi les troubles qui seront déterminants, nous insistons sur les manifestations subocclusives douloureuses à répétition, et la constipation très opiniâtre, avec répercussion sensible sur l'état général.

Envisagé sous cet angle, et en tenant compte de ces impérieuses réserves, le traitement chirurgical du dolichocôlon est susceptible de procurer à bien des malades la guérison définitive de leurs maux, et de les prémunir contre des complications graves au pronostic sévère.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

VU
STRASBOURG, le 16 Mai 1963.
Le Président de Thèse

signé : A.G. WEISS.

VU
STRASBOURG, le 21 Mai 1963.
Le Doyen de la Faculté de Médecine

signé : R. FONTAINE.

VU et PERMIS d'IMPRIMER
STRASBOURG, le 21 Mai 1963.
Le Recteur de l'Académie,
Président du Conseil de l'Université.

signé : J.F. ANGELLOZ

B I B L I O G R A P H I E

ANNE-MICHEL - (1954)
Résultats fonctionnels de la colectomie segmentaire pour dolichocôlon sigmoïde non compliqués (à propos de 15 cas). -
Thèse de Lyon

ANTOINE E. - (1950)
Les malformations hypotoniques neuro-végétatives du gros intestin chez l'adulte et leur traitement médical. (Mégacaecum - Mégacôlons - Dolichocôlons fonctionnels). -
Arch. Mal. App. Dig., 39, 9 -10, 925 - 931.

ALIPIO, CORREA, NETTO, JORGE HADDAD, De ALCANCARA VICENTE de AZEVEDO, P., AMIGO RAIA -(1962)
Etiology, Pathogenesis and Treatment or acquired megacolon.
S.G.O., 114, 602 - 609.

BARDET P. (1948)
Vingt-deux résections extrapéritonéales en un temps du sigmoïde pour dolichosigmoïde avec crise de torsion.
Presse Médicale, N°39, 477.

BARRY P. -(1951)
Considération clinique et thérapeutique sur le dolichosigmoïde non compliqué. -
Thèse de Lyon

BESANCON J., LAMOTTE, Mme LAMOTTE, BARILLON, GUERRE. --(1956)
Le potassium dans le traitement des constipations chroniques
Sem. d. Hôp., 32, 1, 19 - 36.

BOUDIAS A. - (1950)
Contribution au traitement du dolichomégacôlon par des infiltrations splanchniques.
Thèse de Paris.

BORON, SCARBONCHI, BOUDIAS. - (1950)
Réflexions concernant le traitement des dolichocôlons. -
Presse Médicale, n°7, 100.

CATTAN R. - (1947)
Essai d'une thérapeutique anti-cholinestérasique et vitaminique dans le dolichomégacôlon de l'adulte et dans certaines constipations fonctionnelles. -
Sem. d. Hôp. de Paris, 23, 2914 - 2917.

CARNOT P. - (1932)
Sur le dolichocôlon. -
Paris méd., I, 3o5 - 311.

CHENE P. et LE MUR R. - (195o)
Sur la pathologie des accidents des dolichocôlons.
Paris médical, 4o, 548 - 550.

CHIRAY M., LOMON A., WAHL R. - (1931)
Le dolichocôlon clinique - radiologie - thérapeutique. -
Masson & Cie édit., Paris.

CHIRAY, LOMON, ROSANOFF. (1934)
A propos de dolichocôlon. -
Presse Médicale, 665 - 668.

CHIRAY, LARDENOIS, LOMON. - (1932)
Traitement médico-chirurgical du dolichocôlon pelvien.
Presse Médicale, 16, 297 - 300.

CRISMER R. - (1947)
La part de la thyroïde dans la pathogénie du dolichocôlon. -
Acta Clinica Belgica, 2, 1, 33 - 51.

CUVEREAUX M. (1941)
De l'infiltration anesthésique du splanchnique et du sympathique lombaire dans le mégacôlon et le dolichocôlon. -
Thèse de Lyon.

DARMAILLACQ M.R. (1947)
Indications opératoires dans le mégadolichocôlon de l'adulte.
Soc. Chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest, séance du 21 mars.

DARMAILLACQ M.R. (1948)
Modifications opératoires dans les mégadolichocôlons.
J. de Méd. de Bordeaux, 125, 36.

DELORE, GABRIELLE, MERZ. -(1937)
Deux cas de résection de dolichosigmoïde en un temps. -
Lyon Chirurgical, 1, 112 - 116.

DENIS M. - (1950)
Bases - Résultats - Indications de la colectomie totale dans la constipation chronique invétérée.
Thèse de Lyon.

DESGREZ H., DJOURNOA, HEITZ F. -
Action du courant de moyenne fréquence de 9.950 périodes sur un dolichocôlon.
J. Radiol. et Electrol., 32 - 38, 3 - 381

DIEHL M.J.L. - (1951)
Essai du traitement médical du dolichocôlon. -
Presse Médicale, 49, 1036.

DONALD A., DAVIS M.D.- (1960)
A new concept in the traetment of symptomatic redundant colon or dolichocolon. -
Western J. of Surg., Obst. a. Gyn., 60, 101 - 106.

FRANCILLON J., PICAULT Ch. -
A propos du traitement des dolichocôlons par colectomie. -
Acta Chir. Belg., 52, 559 - 611.

GOINARD. - (1938)
Traitement chirurgical du dolichocôlon. Résection colique ou splanchniectomie.
Rapp. d'Ockyneye à l'Acad. de Chir., 9 novembre.

GILBERTAS A., BARRY P., CORTLT P. -(1957)
Résultats et indications de la colectomie segmentaire sigmoïdienne dans le traitement du dolichosigmoïde non compliqué.
Semaine d. Hôpitaux.

GIRARD M. - (1957)
Traitement du mégacôlon et du dolichocôlon. -
J. de Méd. de Lyon, 28, 881 - 884.

HILLEMAND P. - (1959)
Dolichocôlon et mégacôlon non compliqués de l'adulte. Interprétation et traitement.
Rev. Prat., 9, 32, 3469 - 3488.

HUTET G. - (1943)
Le dolichocôlon observé à Châtel-Guyon. -
J. Méd. Lyon, 558, 195 - 198.

HUTET G. - (1943)
Le dolicho-mégacôlon et ses crises douloureuses aiguës.
Sem. Hôp. Paris, 26, 3782 - 3786.

HUTET G. - (1937)
Diagnostic et traitement du dolichocôlon.
Rev. de Médecine, 7.

LACROIX, JOUANNEAU H., NICOL H., SAYAGA. -(1956)
Du traitement des dolichocôlons acquis en phase d'insuffisance contractile par fistulisation caecale, cutanée temporaire prolongée.
Presse Médicale, 11, 245.

LANNAUX R. - (1939)
Le dolichosigmoïde non compliqué. Etude anatomo-clinique et thérapeutique. Résection en un temps avec anastomose subtotale extra-péritonisée.
Thèse de Lyon.

LIARAS. - (1946)
Premier temps opératoire du traitement de deux cas de dolichocôlon généralisé. Sympathectomie de toute la chaîne lombaire gauche et des splanchniques gauches. Amélioration clinique et radiologique.
Afrique Chir. Franç. p.143, séance du 18.I.

LISAI T. - (1959)
Dolicomegasima con fecaloma gigante.
(Osp. Milit. Cagliari).
Gazz. int. med. Chir., 64, 1982 - 1993.

LIMASSET A. - (1935)
Traitement chirurgical par résection colique segmentaire du mégacôlon et du dolichocôlon sigmoïde.
Thèse de Paris, (Edit. Annette).

LERICHE R. - (1942)
Correction des déséquilibres de l'innervation viscérale par l'infiltration splanchnique ou sa section.
(Cours au Collège de France).
Progrès méd., 70, 95 - 105.

LERICHE R. - (1937)
De la section des splanchniques dans le mégac^ lon non compliqué avec ou sans dolichocôlon.
Presse Médicale, 45, 102, 1851 - 1853.

LERICHE R.- (1941)
Résultats du traitement du mégacôlon et du dolichocôlon d'après 25 opérations.
Presse Médicale, 49, 9, 89 - 93.

MALLET - GUY, AUBERT de BEAUJEU J. -(1947)
Résultats de la splanchniectomie unilatérale d'indication digestive. (Mégadolichocôlons, atonie des voies biliaires, pancréatite chronique). - A propos de 1o3 observations.-
Mém. Acad. Chir., 73, 189.

MALLET - GUY, CUVEREAUX M., MARION P. -
Les interventions sympathiques dans le traitement du dolichocôlon.
Lyon Chir., 37, 362 - 368.

MICHAUD J.R. -
Le carbachol dans les mégadolichocôlons.
Laval Méd., II, 5o1 - 5o4.

MIDON J. - (1945)
Le mégadolichocôlon. Pathogénie. Traitement.
Thèse de Nancy.

MILHIET H. - (1934)
Traitement chirurgical du dolichocôlon par résection en un temps avec suture termino-terminale.
Thèse de Paris.

MOUCHET A. -
Dolichocôlon. -
Encyclopédie médico-chirurgicale.

OURY, WELTI, DENTRAY, GUES, AVEILLE. - (1949)
Retentissement de l'ulcère gastro-duodénal et de la gastrectomie sur l'évolution du dolichocôlon.
Arch. Mal. App. Dig., 38, 37o - 376.

PIULACHS P. - (1952)
Syndrome de dilatation aiguë du côlon, complication du dolichomégacôlon.
Sem. Hôp. Paris, 28, 517 - 527.

PLICHET A. - (1942)
Traitement du mégacôlon et du dolichocôlon par infiltration anesthésique du splanchnique et du sympathique lombaire
Presse Méd., 28 - 32, 1o5.

RACHET J., BUSSON., DEBRAY Ch. -
Maladies de l'intestin et du péritoine.
Editions médicales, Flammarion.

VIDAL M.J. - (1953)
Enteroragie rouge solitaire révélatrice d'un dolichocôlon chez une malade atteinte de tuberculose pulmonaire.
Presse Médicale, 72, 1474

SEROR J., PLANE. - (1954)
Invagination sigmoïdo-sigmoïdienne. Complication d'un dolichosigmoïde de l'adulte.
Afr. Chir. Franç. 12, 2, 199 - 200.

SEROR J., RIVES J., RICHAUD Ch. - (1959)
Ulcère gastrique et dolichocôlon. -
Afr. Chir. Franç. 17, 1, 55 - 56.

SEROR J., RIVES J. - (1959)
Les avantages de la laparatomie transverse dans la chirurgie du dolichocôlon.
Afr. Chir. Franç., 17, 1.

SEROR J., RIVES J., SCOPPA. - (1959)
Introduction à la chirurgie du dolichocôlon.
Afr. Chir. Franç., 17, 15.

SEROR J., VALENSIN, AZOULAY. -(1961)
Essai de définition anatomo-radiologique du dolichocôlon "chirurgical". -
Afr. Chir. Franç. 19, 37 - 42.

SENEQUE J., MILHIET. - (1935)
Traitement chirurgical du dolichocôlon, en particulier par le procédé de la résection en un temps avec suture termino-terminale extériorisée.
J. Chir., 46, 187 - 201.

TARA S., CARIGNEAUX A., DELPLACE Y. - (1953)
Dolichocôlon et saturnisme.
Arch. Mal. Prof., 14, 154 - 156.

VENDRYES P. - (1959)
Crénothérapie des dolichomégacôlons.
Rev. du Praticien, 3489.

WELTI. - (1957)
Hémicolectomie gauche avec rétablissement immédiat de la continuité intestinale dans le traitement de certaines constipations chroniques. -
Mém. Acad. Chir., 27 - 28, 833.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-